

記入例

様式第1号(第3条関係)

記入日

こども医療費受給資格登録申請書

杉戸町長 あて

令和 6年 1月 11日

こども医療費受給資格証の交付及び支給決定に当たり必要がある場合は、申請者及び世帯員の住民基本台帳及び健康保険加入の状況並びに日本スポーツ振興センターの災害給付等の給付状況について、杉戸町が調査・確認することに同意します。

(保 申請 護 者)	ふりがな	すぎと たろう	生年月日	こどもとの続柄	
	氏名	杉戸 太郎	S H 5年1月1日	(父)・母 他()	
	住所	杉戸町清地2-9-29 電話 090(1234)5678			
対 象 の こ ど も	ふりがな	住所	生年月日	受給資格証番号	
	氏名	※保護者(申請者)と異なる 場合にご記入ください。			
	すぎと いちろう		H R 18年5月5日		
	杉戸 一郎		H R 年 月 日		
			H R 年 月 日		
			H R 年 月 日		
			H R 年 月 日		
			H R 年 月 日		
			H R 年 月 日		
加 入 保 険	対象のこどもに対し、高額療養費等の決定に関する情報を保険者に照会・調査依頼することに同意します。また、現物給付等により杉戸町が支給した医療費に まかれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関する こと を杉戸町長に委任します。				
	被保険者(世帯主)氏名	杉戸 太郎	対象のこどもとの続柄	父	
	記号	123	番号	456	保険者 番号
	保険者名	〇〇〇〇	国民健康保険・国民健康保険組合・健康保険組合 全国健康保険協会()支部・共済組合		
振 込 先	金融機関名	埼玉りそな 銀行・金庫 信組・農協	杉戸	支店・本店 出張所	店番 (508)
	口座番号	普通 当座 1234567	口座名義人 (カタカナ)	スギト タロウ	

日中連絡のつく連絡先をご記入ください。

電話 090(1234)5678

対象児童についてご記入ください。

受給資格者名義の口座に限ります。
こども医療費を受給している他の兄弟がいる
場合は、同じ口座を記入してください。

記入の必要は
ありません。

受給資格者の署名をお願いします。

取得事由

1.出生 2.転入 3.受給者変更 4.他()

資格取得日

年 月 日